Начальнику Попаснянського

районного відділу управління ДМС

України в Луганській області

Анастасії ПАСІЧНИК

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( П.І.Б. замовника )

Адреса реєстрації:

**Луганська обл. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Телефон:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАЯВА**

Я,  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,  **\_\_\_.\_\_\_\_\_.19\_\_\_\_\_\_** р.н.

(прізвище та ініціали)

відповідно до розділу V Тимчасового порядку оформлення і видачі паспорта громадянина України, затвердженого Наказом Міністерства внутрішніх справ України від 06 червня 2019 року № 456 «Про затвердження Тимчасового порядку оформлення і видачі паспорта громадянина України» прошу оформити **вклеювання фотокартки в паспорт громадянина України на моє ім’я по досягненню мною ( ) – річного віку.**

До заяви додаю паспорт громадянина України

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(серія, номер паспорту,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

коли та ким видано)

та 2 фотокартки розміром 3,5 х 4,5 см.

*Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».*

**\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис заявника)

|  |
| --- |
| Результат адміністративної послуги отриманий: |
| Адміністратор, який видав  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (підпис) (П.І.Б.) |
| Громадянин, який отримав |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) (П.І.Б.) |

Попаснянська районна державна адміністрація

Центр надання адміністративних послуг

МАРШРУТ ПРОХОДЖЕННЯ ДОКУМЕНТІВ АДМІНПОСЛУГИ

Заповнюється адміністратором

**\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_** реєстраційний номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата надходження заяви)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністратор, найменування адміністративного органу | П.І.Б. адміністратора/представника  адміністративного органу | Підпис адміністратора/представника  адміністративного органу | Дата реєстрації надходження заяви та документи, що додаються до неї від суб’єкта звернення | Дата реєстрації відповідного рішення адміністративного органу (вихідний) | Дата передачі/  прийняття відповідного рішення адміністратору (підпис особи) |
| Адміністратор ЦНАП |  |  |  |  |  |
| Попаснянський районний відділ управління ДМС |  |  |  |  |  |

Дата повідомлення одержувача послуги «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р.